

- нат. диагн. – 2003. – Т. 2. – № 2. – С. 122–124.
4. Галкина О.Л., Хашева И.В. Перинатальные исходы врожденных пороков развития. Общий артериальный ствол // Пренат. диагн. – 2005. – Т. 4. – № 1. – С. 35–39.
5. Затикян Е.П. Кардиология плода и новорожденного. – М.: Инфо-Медиа, 1996. – С. 134–136.
6. Ионова С.Г., Цымбалова И.П., Сидорова А.В. Результаты пренатальной диагностики врожденных пороков сердца с использованием комплексного подхода к эхокардиографии плода // Пренат. диагн. – 2002. – Т. 1. – № 2. – С. 103–105.
7. Косовцева Н.В., Горемыкина Е.В., Козлова О.И. и др. Опыт пренатальной диагностики врожденных пороков сердца в ранние сроки беременности // Пренат. диагн. – 2006. – Т. 5. – № 1. – С. 33–40.
8. Матюшина А.А. Пренатальная ультразвуковая диагностика общего артериального ствола с обширным дефектом межпредсердной перегородки // Ультразвук. диагн. акуш. гинек. педиат. – 1999. – Т. 1. – № 1. – С. 75–76.
9. Медведев М.В. Эхокардиография плода. – М.: РАВУЗДПГ, Реальное время, 2000.
10. Медведев М.В., Алтынник Н.А., Никитин С.В. Трансвагинальная эхокардиография / Эхокардиография плода [Под ред. Медведева М.В.]. – М.: РАВУЗДПГ, 2000. – С. 131–142.
11. Медведев М.В. и др. Пренатальная эхография. – М.: Реальное время. – 2005. – С. 191–202. С. 413–415.
12. Медведев М.В., Сычченко Е.В., Юдина Е.В., Мамченко С.И. Ранняя пренатальная ультразвуковая диагностика общего артериального ствола // Ультразвук. диагн. – 1997. – № 2. – С. 91–93.
13. Никитин С.В. Пренатальная трансвагинальная ультразвуковая диагностика общего артериального ствола в I триместре беременности // Ультразвук. диагн. акуш. гинек. педиат. – 2000. – Т. 8. – № 1. – С. 73–74.
14. Рабочих А.В. Трансвагинальная эхокардиография: от мифа к реальности // Пренат. диагн. – 2004. – Т. 3. – № 1. – С. 75–76.
15. Ромеро Р., Пилу Д., Джентти Ф. и др. Пренатальная диагностика врожденных пороков развития плода /Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – С. 172–175.
16. Райбов И.И., Николаев Л.Т., З.З. Салахов и др. Пренатальная ультразвуковая диагностика общего артериального ствола у плода с аномалией развития стебля тела в конце I триместра беременности // Пренат. диагн. – 2007. – Т. 6. – № 4. – С. 317–320.
17. Смирнов Н.Н. Срез через три сосуда плода: опыт в диагностике аномалий магистральных артерий // Пренат. диагн. – 2002. – Т. 1. – № 1. – С. 29–35.
18. Ступаков И.Н., Самородская И.В. Вопросы организации специализированной помощи детям с врожденными пороками сердца и сосудов // Детская больница. – 2003. – № 1. – С. 15–19.
19. Шевченко Е.А. Пренатальная ультразвуковая диагностика общего артериального ствола в II–III неделях беременности // Пренат. диагн. – 2004. – Т. 3. – № 1. – С. 13–16.
20. Шевченко Е.А., Медведев М.В. Новые возможности трехмерной эхографии в комплексном обследовании плодов с голопрозэнцефалией в ранние сроки беременности // Пренат. диагн. – 2005. – Т. 4. – № 2. – С. 157–160.
21. Mair D.D., Edwards W.D., Julsrud P.R. Truncus arteriosus // Heart disease in infants and children [Ed. Adams F.H., Emmanouilides G.C., Riemschneider T.A. – Baltimore: Williams & Wilkins. – 1995. – P. 1026.]

Поступила 03.06.08.

THE COMMON ARTERIAL TRUNK - THE POSSIBILITIES OF EARLY ANTENATAL DIAGNOSTICS

E.A. Shevchenko

Summary

Analyzed were 19 cases of prenatal diagnosis of common arterial trunk in the period of 11–16 weeks of pregnancy, which was conducted in a consultative mode by visualizing a single outlet tract of the ventricles. In most cases, this form of congenital heart defect was combined with echocardiographic markers of chromosomal pathology and extracardiac abnormalities. Early prenatal diagnosis of the congenital heart defects is possible when conducting transvaginal fetal echocardiography on expert-class ultrasonic devices using 3/4D techniques to study the heart.

УДК 618.7+616.248]-07

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА ПРОТЯЖЕНИИ ПЕРВОГО ГОДА ПОСЛЕ РОДОВ

Ольга Станиславовна Андреева¹, Ольга Вольдемаровна Лаврова²,
Василий Иванович Трофимов¹

¹ Кафедра госпитальной терапии (зав. – проф. В.И. Трофимов) Санкт-Петербургского государственного медицинского университета, ² НИИ пульмонологии СПбГМУ (директор – проф. М.М. Илькович),
г. Санкт-Петербург

Реферат

Проанализировано течение бронхиальной астмы в послеродовом периоде у 58 пациенток.

Прекращение базисной терапии или уменьшение доз противовоспалительных препаратов вызывало обострение заболевания в послеродовом периоде. Лактация и кормление грудью благоприятно воздействовали на течение бронхиальной астмы после родов.

Ключевые слова: бронхиальная астма, беременность, послеродовый период

К особенностям бронхиальной астмы у женщин детородного возраста, характеру течения беременности при бронхиальной астме (БА) обращено внимание исследователей во всем мире в течение более чем 50 последних лет. По данным N.C. Thomson [14], бронхиальная астма встречается у 7–8% женщин в возрасте от

20 до 40 лет. Поскольку этот возраст считается наиболее репродуктивным, можно было бы предположить, что цифры распространенности БА среди беременных должны быть схожими. Однако по данным различных авторов, опубликованных в тот же период времени, частота заболевания у беременных составляла 1% [10, 12], 0,4–4,0% [8, 9]. В опубликованном в 1998 г. исследовании S. Alexander et al. [7] сообщалось, что распространенность БА среди беременных в США выросла с 4,8% в 1991 г. до 6,9% в 1993 г., по данным H.L. Kwon et al. (2006) [11] – с 3,7% в 1997 г. до 8,4% в 2001 г. и в настоящее время составляет 8–9%. В 2007 г. в работе L.J. Tata et al. [13] при обследовании 280 тысяч беременных БА обнаружилась в 13,3% случаев. Среди беременных россиянок распространность этого заболевания варьирует от 0,4 до 1,3% [2].

По вопросу течения БА в периоде беременности имеются различные данные. Так, иностранными авторами показано, что у трети больных БА ухудшает, у трети улучшает и у трети не меняет своего течения на фоне беременности. Однако отечественные авторы приводят более высокие цифры ухудшения течения астмы во время беременности – 42,3% [1], 44,7% [5], 68,4% [4] и более 80% [6]. В то же время, если течение БА во время беременности изучено достаточно, то о послеродовом периоде данного заболевания мы нашли лишь единичные сообщения. Причиной послеродовых обострений Н. И. Парвизи [3] считал ликвидацию нейрогормонального влияния на систему внешнего дыхания. Частота обострения БА в послеродовом периоде, по данным Л. Г. Молчановой и др. [1], составила 14,7%. Н. А. Распопина [5] наблюдала преобладание числа пациенток с отсутствием симптомов заболевания в первые три месяца после родов.

Период после родов независимо от состояния здоровья матери характеризуется возникновением повышенных физических и эмоциональных нагрузок, связанных с рождением ребенка. Наряду с положительными эмоциями мать испытывает тревогу за здоровье новорожденного, сохранение лактации, не получает полноценного ночного отдыха. В ряде случаев регулярный прием препаратов базисной терапии нарушается из-за опасения воз-

можного вреда для ребенка или из-за недостатка времени.

Целью нашего исследования был анализ течения БА в послеродовом периоде.

Под наблюдением в течение всего периода беременности и более года после родов находились 58 пациенток, страдающих БА, в возрасте от 19 до 39 лет. Во время беременности всем больным было проведено клинико-лабораторное обследование: клинический и биохимический анализы крови, изучение гормонального статуса (определение уровней кортизола, прогестерона и эстрадиола в крови в I, II и III триместрах беременности), коагулограммы (по показаниям). Всех пациенток наблюдали пульмонолог и акушер-гинеколог. Больным БА в периоде беременности трижды выполнялось УЗИ органов малого таза и плода; на 30–32-й неделях беременности проводилось допплерографическое исследование кровотока в сосудах плода и маточно-плацентарном комплексе.

На основании данных обследования уточняли этиологию заболевания, тяжесть течения; индивидуально разрабатывали план лечебно-профилактических мероприятий. Больных наблюдали в течение беременности ежемесячно в плановом порядке, при ухудшении состояния проводили экстренные консультации и коррекцию терапии. В послеродовом периоде поддерживался ежемесячный телефонный контакт, при наличии признаков обострения осуществлялись срочные консультации.

В исследованной группе преобладали больные с легким течением заболевания – БАЛТ (70,7%) и аллергическим вариантом патогенеза БА – АБА (82,8%). Помимо аллергического механизма развития заболевания, у 3 больных отмечалась инфекционная зависимость, у 1 – непереносимость нестероидных противовоспалительных препаратов, у 5 – астма имела дизовариальный генез.

Отмечено несоответствие субъективной оценки течения БА при наступлении беременности и объективных данных. Так, самочувствие улучшилось в 10,3% случаев (6), осталось без изменений в 46,6% (27), ухудшилось в 43,1% (25). По данным динамического наблюдения стабильное течение БА (ремиссия) в периоде беременности наблюдалось у 39,7% пациенток. Обострения заболевания имели

Таблица 1

Распределение пациенток по наличию обострения БА в послеродовом периоде и характеру течения заболевания в периоде беременности (в абр./%)

Фаза течения БА	Ремиссия в течение всей беременности	Обострение в первой половине беременности	Обострение во второй половине беременности	Рецидивирующее течение	Всего
После родов обострение отсутствует	22 /46,8	14 /29,8	1 /2,1	10 /21,3	47/100
Имеется послеродовое обострение	1 /9,1	6 /54,5	0 /0	4 /36,4	11/100
Всего	23 /39,7	20 /34,5	1 /1,7	14 /24,1	58/100

место в первой половине беременности у 34,5% больных, во второй – у 1,7%, рецидивирующее течение на протяжении всего срока гестации – у 24,1%.

На основании данных обследования 19% пациенток получали β_2 -адреномиметики по требованию, 53,4% – β_2 -адреномиметики короткого действия в сочетании с ингаляционными глюкокортикоидными средствами ИГКС (предпочтение отдавалось препаратам будесонида, безопасность которого у беременных считается установленной, их получали 80,6% больных). В тех случаях, когда больные категорически отказывались от приема ИГКС, назначались β_2 -адреномиметики короткого действия в сочетании с препаратами группы кромогликата натрия (27,6%). Всем пациенткам с БА в послеродовом периоде рекомендовалось продолжение базисной противовоспалительной терапии (ИГКС, препараты группы стабилизаторов мембранных тучных клеток) в тех дозах, которые были предписаны в течение последних 2 недель до родов.

Полученные результаты обрабатывались с использованием общеупотребительных методов параметрической и непараметрической статистики с помощью метода линейно-корреляционного анализа – коэффициента корреляции Пирсона (r) или ранговых коэффициентов корреляции Кендалла (tb).

Ухудшение течения БА в течение первых 4 недель после родов наблюдалось у 11 (19%) пациенток. В период от 3 до 6 месяцев после родов обострение заболевания отмечалось у 15 (25,9%) больных. Частота применения противовоспалительных препаратов в послеродовом периоде снижалась: для кромонов – от 27,6% в периоде

беременности до 11,7% после родов, для ИГКС – соответственно от 53,4 до 33,3%.

Частота обострения БА в послеродовом периоде у пациенток с БА смешанного генеза СБА (30,0%) была большей, чем при АБА (16,7%). Кроме того, в группе БА средней тяжести (БАСТ) отмечалась большая доля больных с ухудшением течения заболевания в послеродовом периоде (31,3%) в сравнении с БАЛТ (14,6%). В группу с обострением БА после родов вошли 7 больных, уменьшивших или прекративших прием базисных препаратов, одна с аспириновым вариантом БА, одна с предменструальной астмой и выкидышем на 21-й неделе беременности в анамнезе, одна, получавшая адекватные дозы ИГКС, но перенесшая кесарево сечение под наркозом, одна пациентка, не получавшая противовоспалительной терапии в периоде беременности и перенесшая ОРВИ сразу после родов.

В группе с БАСТ в сравнении с больными БАЛТ частота ухудшения течения заболевания на сроках от 3 до 6 месяцев после родов была достоверно больше (53,8% и 21,1% соответственно; $p<0,05$). Кроме того, отмечалось достоверно более частое ухудшение течения заболевания в первые 4 недели после родов в группах пациенток с обострением БА в первой половине беременности ($p<0,05$) и рецидивирующими течением БА (табл. 1).

Необходимо отметить, что в группе больных с послеродовым ухудшением БА по сравнению с пациентками со стабильным течением заболевания отмечалось достоверно большая выраженность симптомов БА, особенно в первой половине периода гестации, – приступы удушья ($0,33\pm0,12$ и $0,12\pm0,04$; $p<0,05$), кашель

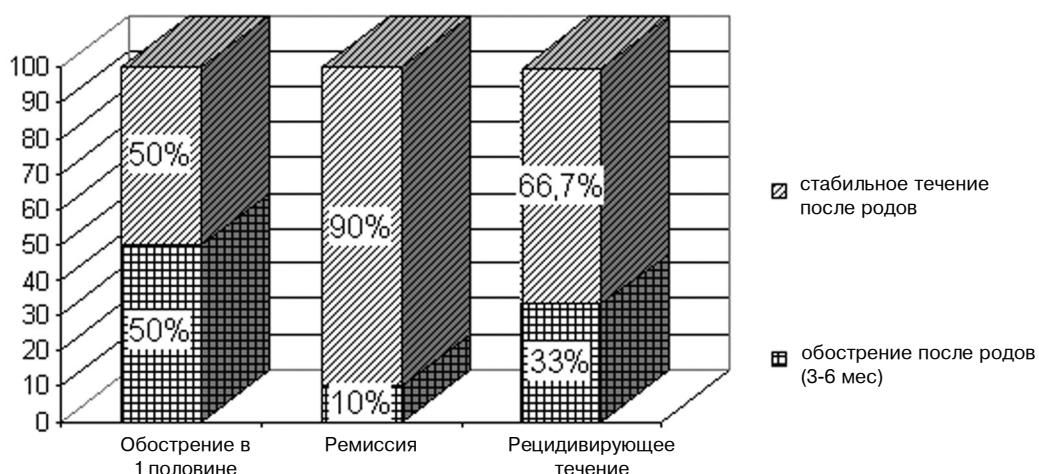


Рис. 1. Обострение БА в послеродовом периоде (3-6 мес) при различных вариантах течения заболевания в период родов.

($0,33 \pm 0,19$ и $0,23 \pm 0,08$). Также было выявлено (рис. 1), что среди пациенток с обострением БА в первой половине беременности в сравнении с группой, находившейся в фазе ремиссии в период гестации, было достоверно больше больных с ухудшением течения заболевания в периоде от 3 до 6 месяцев после родов ($p < 0,01$).

При анализе динамики показателя удельной проводимости бронхов (Sgaw) в периоде беременности и наличия обострения в течение первых 4 недель после родов были получены следующие данные: в группе пациенток со стабильным тече-

тие 3 месяцев после родов кормили ребенка грудью 39 (67,2%) пациенток, от 3 до 6 месяцев – 31 (53,5%), до года – 27 (46,6%). У 5 из 11 больных БА наблюдалась гипогалактия, поэтому они были вынуждены перейти на смешанное вскармливание уже в течение 3 первых месяцев после родов.

Таблица 2

Результаты исследования Sgaw во время беременности при обострении БА после родов

Динамика от I к III триместру		Динамика от II к III триместру	
стабильное течение (n=9)	послеродовое обострение (n=5)	стабильное течение (n=20)	послеродовое обострение (n=4)
0,08±0,01 - 0,10±0,01 $p < 0,05$	0,12±0,04 - 0,08±0,01	0,09±0,01 - 0,10±0,01	0,26±0,17 - 0,08±0,01

нием БА после родов имелась положительная динамика Sgaw ($p < 0,05$) от I до III триместра. При обострении БА в послеродовом периоде прослеживалась тенденция к снижению Sgaw с увеличением срока беременности (табл. 2).

Были проанализированы продолжительность грудного вскармливания и его связь с течением БА после родов. Так, в

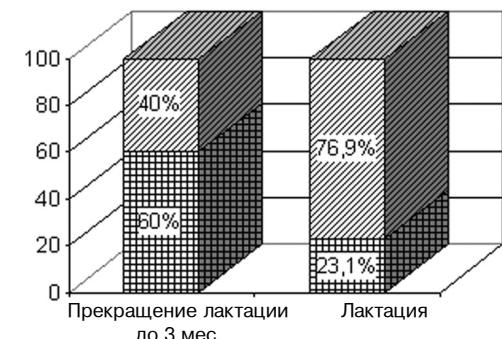


Рис. 2. Обострение БА в послеродовом периоде (3-6 мес) при различной лактации.

В группе больных, прекративших лактацию в течение первых 3 месяцев после родов по сравнению с лицами, продолжавшими грудное вскармливание, пациенток с ухудшением течения БА в период от 3 до 6 месяцев после родов было больше ($p < 0,05$) – соответственно 60% и 23,1% (рис. 2).

Эти данные подтверждались достоверной отрицательной корреляцией между лактацией до 3 месяцев и обострением астмы в период от 3 до 6 месяцев после

родов ($\tau_b=0,32$, $p<0,05$). Выявлена отрицательная корреляция между обострением астмы в первые 4 недели после родов и лактацией до 3 месяцев ($\tau_b=0,37$, $p<0,01$).

Корреляционный анализ позволил выявить связь лактации, особенно в первые 3 месяца после родов, с уровнем эстрadiола в крови в III триместре беременности ($\tau_b=0,29$; $p<0,05$), что указывает на роль половых гормонов в становлении грудного вскармливания.

В группе женщин, куривших в периоде беременности, частота обострения БА после родов была выше, чем у некуривших (42,9% в сравнении с 15,7%). Особенно достоверно ($p<0,01$) это было выявлено в группе пациенток с ухудшением течения БА в периоде от 3 до 6 месяцев после родов (рис. 3).

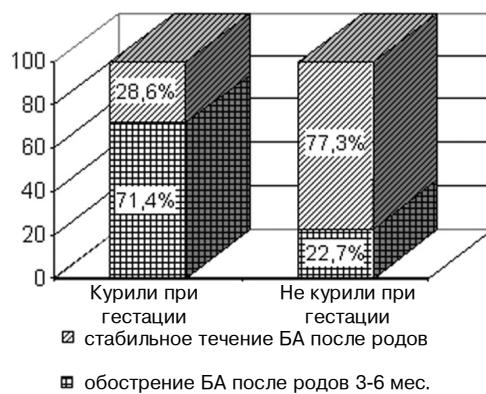


Рис. 3. Обострение БА в послеродовом периоде (3-6 мес) у куривших в периоде гестации больных и у не куривших лиц.

Динамическое наблюдение за больными БА показало, что через год после родов течение заболевания чаще приобретает свой прежний (до периода гестации) характер. Так, встречаемость непрерывно рецидивирующего течения БА отмечалась с такой же частотой, как и в периоде беременности, причем в группе больных с СБА доля пациенток с рецидивирующем течением после родов составила 50%, в группе с АБА – 18,8%. У больных с БАСТ частота персистирующего течения заболевания достигала 50%, с БАЛТ – 14,6%. При наличии дизовариального компонента патогенеза рецидивирующее течение отмечалось у 60% больных этой группы.

При АБА часть больных (14,6%) отметила ухудшение течения БА после родов, а 20% – улучшение самочувствия. Харак-

Таблица 3
Характер течения БА после родов (в абс./%)

Группы больных	Отсутствие динамики	Улучшение течения БА	Ухудшение течения БА	Всего
АБА	31 / 64,6%	10 / 20,8	7 / 14,6	48 / 100
СБА	10 / 100%	0	0	10 / 100
БАЛТ	26 / 63,4	10 / 24,4	5 / 12,2	41 / 100
БАСТ	14 / 87,5	0	2 / 12,5	16 / 100
Нет предменструальной БА	36 / 67,9	10 / 18,9	7 / 13,2	53 / 100
Предменструальная БА	5 / 100	0	0	5 / 100

тер течения БА у пациенток с СБА и предменструальной астмой оставался прежним во всех случаях. Ухудшение течения БА после родов в группе больных с БАСТ и БАЛТ встречалось одинаково часто, но лишь у 24,4% пациенток с БАЛТ наблюдалось улучшение (табл. 3).

Таким образом, в группу риска по ухудшению течения БА в послеродовом периоде вошли пациентки с обострением БА в первой половине беременности и рецидивирующем течением заболевания, причем преимущественно с СБА и БАСТ. Прекращение базисной терапии или уменьшение доз противовоспалительных препаратов вызывало обострение заболевания в послеродовом периоде. Отрицательная динамика показателей ФВД (Sgaw) в периоде беременности приводила к более частым ухудшениям течения заболевания после родов. Курение в периоде беременности также неблагоприятно влияло на течение заболевания. Лактация и кормление грудью благоприятно воздействовали на течение БА после родов.

В заключение хотелось бы отметить обязательность активного наблюдения и обучения пациенток, страдающих БА, не только в периоде беременности, но и на протяжении первого года после родов. При регулярном проведении пикфлюметрии необходимость продолжения базисной терапии будет очевидной. Адекватная терапия базисными противовоспалительными препаратами в послеродовом периоде, в том числе ингаляционными глюкокортикоидными средствами, позволит повысить уровень контроля БА и уменьшить частоту обострений заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молчанова Л.Г., Кириллов М.М., Сумовская А.Е. Хронические неспецифические заболевания легких, беременность и роды // Тер. арх. – 1996. – № 10. – С.60–63.
2. Пальчик Е.А., Сидоренко И.А. Течение беременности при хронических неспецифических заболеваниях легких // Вестн. Росс. ассоц. акуш.-гинекол. – 1998. – № 1. – С.46–49.
3. Парвизи Н.И. Беременность и роды при бронхиальной астме: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Ташкент, 1988. – 16 с.
4. Приходько О.Б., Ландышев Ю.С., Романцова Е.Б. Клинико-функциональные особенности течения бронхиальной астмы в различные периоды беременности // Пульмонология. – 2005. – № 1. – С.73–76.
5. Распопина Н.А. Бронхиальная астма при беременности: Автореферат дисс. ...докт. мед. наук. – М., 2004. – 46 с.
6. Шехтман М.М., Кафырова А.А., Парвизи Н.И. Беременность и роды у женщин, больных бронхиальной астмой // Вопр. охр. мат. – 1985. – Том 30, № 9. – С.57–60.
7. Alexander S., Dodds L., Armonson B.A. Perinatal outcomes in women with asthma during pregnancy.// Obstet Gynecol. -1998 Sep. – Vol.92 (3). – P.435–440.
8. Chazotte C. Asthma in pregnancy: a review // J. Assoc. Acad. Minor Phys. – 1994. – Vol. 5(3). – P. 107–110.
9. Clark L. Asthma in pregnancy // Obstet Gynecol. – 1993. Dec. – Vol. 82 (6). – P. 1036–1040.
10. Cohendy R., Godard P., Bousquet J., Aubas P., Michel F.B. Pregnancy and asthma // Rev. Mal. Respir. – 1988. – Vol. 5 (3). – P. 261–267.
11. Kwon H.L., Triche E.W., Belanger K., Bracken M.B. The epidemiology of asthma during pregnancy: prevalence, diagnosis, and symptoms // Immunol Allergy Clin North Am. -2006. – Feb. – Vol. 26 (1). – P. 29–62.
12. Liccardi G., D'Amato M., D'Amato G. Asthma in pregnant patients: pathophysiology and management // Monaldi Arch. Chest Dis. – 1998. – Apr. – Vol. 53 (2). – P. 151–159.
13. Tata L.J., Lewis S.A., McKeever T.M., Smith C.J., Doyle P., Smeeth L., West J., Hubbard R.B. A comprehensive analysis of adverse obstetric and pediatric complications in women with asthma // Am. J. Respir Crit Care Med. – 2007. – May. 15. – Vol. 175 (10). – P. 991–997.
14. Thomson N.C. Management of asthma in adults: part 1 Hospital Update. – 1992. – P. 288–293.

Поступила 25.12.07.

EVALUATION OF THE COURSE OF BRONCHIAL ASTHMA DURING THE FIRST YEAR AFTER CHILDBIRTH

O.S. Andreeva, O.V. Lavrova, V.I. Trofimov

Summary

Analyzed was the course of bronchial asthma in the postpartum period of 58 patients. Cessation of basic treatment or reducing doses of anti-inflammatory drugs caused an exacerbation of the disease in the postpartum period. Lactation and breast-feeding favorably influenced the course of bronchial asthma after child-birth.

УДК 618.396 - 089.8

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО РОДОРАЗРЕШЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Фарид Ильдарович Фаткуллин

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. – проф. А.А. Хасанов) Казанского государственного медицинского университета, e-mail: fatkullin@ya.ru

Реферат

Обследовано 40 младенцев, родившихся путём кесарева сечения в целом плодном пузыре на сроках гестации 28–37 недель. Сравнение проводилось по методу "копии–пара", которые подбирались по данным ретроспективного исследования. Полученные результаты свидетельствуют о преимуществах кесарева сечения с извлечением плода в целом плодном пузыре.

Ключевые слова: целый плодный пузырь, травматизация, кесарево сечение.

Выбор метода родоразрешения при недоношенной беременности и начавшихся преждевременных родах порой представляет сложную задачу. Только 25% беременных на сроках 28–37 нед гестации родоразрешаются через естественные родовые пути. Это, как правило, преждевре-

менные роды, неосложнённые серьёзной экстрагенитальной или акушерской патологией. В 75% случаев беременность на указанных сроках завершается кесаревым сечением в плановом или экстренном порядке [6].

Наиболее серьезным последствием родов для недоношенного ребёнка является родовая травма, которая при преждевременных родах встречается в 7 раз чаще, чем при своевременных [3, 6]. Это связано с несовершенством органов и систем недоношенного ребёнка, которые в эти сроки не готовы к процессу родов и к внеутробной жизни. К родовой травме предрасполагают следующие особенности недоношенного ребёнка: относительно большая